



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU

*Uuden edellä*

## IHMISLÄHEISEN HOIDON TOTEUTUMINEN TEHOSTETUN VALVONNAN OSASTOLLA OMAISTEN KOKEMANA

---

Kuitunen, Satu

2011 Laurea Hyvinkää

Laurea - ammattikorkeakoulu  
Laurea Hyvinkää

## IHMISLÄHEISEN HOIDON TOTEUTUMINEN TEHOSTETUN VALVONNAN OSASTOLLA OMAISTEN KOKEMANA

Satu Kuitunen  
Hoitotyön ko  
Opinnäytetyö  
helmikuu 2011

Kuitunen Satu

Ihmisläheisen hoidon toteutuminen tehostetun valvonnan osastolla omaisten kokemana

Vuosi 2011

S.38

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää omaisten kokemuksia ihmisläheisen hoidon toteutumisesta tehostetun valvonnan osastolla Hyvinkäällä. Opinnäytetyön kysely perustui Ihmisläheisen hoitomittarin neljään osa-alueeseen, joita ovat 1) tiedon saanti ja hoitoon osallistuminen, 2) yksityisyys ja arvostus, 3) tunne-elämän huomioiminen sekä 4) hoitoyksikön edellytykset ihmisläheiselle hoidolle. Opinnäytetyössä haluttiin selvittää omaisten kokemuksia näistä osa-alueista.

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena. Aineisto kerättiin touko-elokuun aikana vuonna 2010. Kyselyt kerättiin tehostetun valvonnan osastolla vierailleilta omaisilta. 50 kyselylomakkeesta palautui 38% (n=19) touko-elokuun välisenä aikana. Aineisto analysoitiin SPSS tilasto-ohjelmalla.

Tulokset osoittivat omaisten olleen tyytyväisiä hoitoon tehostetun valvonnan osastolla. Tuloksista kävi kuitenkin ilmi, että vain 50% vastanneista (n=8) omaisista koki, että lääkäreiltä saatu tieto oli riittävää. Hoitajilta saatu tieto puolestaan koettiin riittäväksi. Yksityisyys ja arvostus toteutui omaisten mukaan hyvin. Hengellisten tarpeiden toteutumiseen omaiset eivät osanneet vastata myönteisesti tai kielteisesti. Vastanneista omaisista 78% (n=14) koki, että potilas tunsi olonsa turvalliseksi hoidon aikana. Osaston edellytykset ihmisläheisen hoidon tarjoamiselle koettiin osin puutteellisiksi. Omaisista 32% koki ilmanvaihdon puutteelliseksi ja noin viidennes 21% omaisista koki osaston meluisaksi ja ei viihtyisäksi.

Kyselyn tulosten mukaan tiedon saannin ja hoitoon osallistumisen merkittävin tulos oli tiedon kulun kehittäminen lääkäreiden ja omaisten välillä. Tunne-elämän huomioimisen kohdalla omaiset kokivat eniten epävarmuutta hengellisiin tarpeisiin vastaamisessa. Hengellisiin tarpeisiin vastaamista voitaisiin vahvistaa tarjoamalla useammin keskustelumahdollisuutta sairaalateologin kanssa tai tiedottaa teologin tapaamisen mahdollisuudesta entistä näkyvämmiin. Hoitoyksikön edellytykset ihmisläheiselle hoidolle koettiin osin puutteellisiksi. Osaston tilojen uusimisen yhteydessä tulisi kiinnittää huomiota riittävään ilmanvaihtoon, viihtyisyyteen ja melun vähentämiseen. Jatkotutkimuksissa myös kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmillä voitaisiin saada luotettavaa tietoa omaisten kokemuksista tehostetun valvonnan hoidosta Hyvinkäällä.

Avainsanat: Tehohoito, omainen, Ihmisläheinen hoito -mittari

Satu Kuitunen

The next of kins' views on human care in the intensive care unit of Hyvinkää hospital

Year 2011

Pages 38

The purpose of this thesis was to survey next of kin's experiences about the implementation of human care in the intensive care unit in Hyvinkää hospital. The aim of the thesis was to gather information about the implementation of the four principles of human care, i.e. 1) obtaining information and possibility to take part in the care, 2) privacy and appreciation 3) emotional life and 4) readiness of the nursing unit to human care. The method used was quantitative. The data were collected between May and August in 2010. 50 questionnaires were copied and 19 were returned. The data were analyzed by SPSS for Windows 16 statistic program.

The results showed that the next of kins were mainly satisfied with the care in the unit. The results also showed that half of the respondents 50% (n=8) felt that they had received enough information from doctors and 94% (n=15) of the respondents felt that they were satisfied with the information they had obtained from the nurses. Privacy and appreciation were well observed. The next of kins found it quite difficult to answer to question about they felt that the spiritual needs had been considered in the care. According to 78% (n=14) of respondents the patient had felt himself safe during the care. Readiness to human care was regarded as partly inadequate. 32% of the respondents considered the air conditioning inadequate and 21% of the respondents felt that there wasn't enough room on the ward, which was considered noisy and uncomfortable.

The results showed that there was a need to develop the flow of information from doctors to the next of kins on the ward. Spiritual needs could be paid more attention to by arranging time for discussion with the hospital theologian or by making the hospital theologian's services more visible to the next of kins. When modernizing the ward special attention should be paid to improving air conditioning and comfort and, reducing noise on the ward. A qualitative research could be also used in further studies.

Key words: intensive care, next of kin, barometer of Human care

## Sisällys

1 JOHDANTO .....	6
2 TUTKIMUKSEN TEORIATAUSTA JA KESKEISET KÄSITTEET .....	7
2.1 Tutkimusympäristö .....	7
2.2 Tutkimuskohde .....	11
2.3 Ihmisläheisen hoidon mittari .....	13
2.3.1 Tiedonsaanti ja hoitoon osallistuminen.....	14
2.3.2 Yksityisyys ja arvostus .....	16
2.3.3 Tunne-elämän huomioiminen .....	17
2.3.4 Hoitoyksikön edellytykset ihmisläheisen hoidon antamiselle.....	17
3 TUTKIMUSONGELMAT .....	18
4 TUTKIMUSMENETELMÄ.....	19
4.1 Tutkimuksen metodiset valinnat .....	19
4.2 Tutkimukseen osallistujat.....	19
4.3 Aineiston keruu .....	19
4.4 Aineiston analyysi.....	20
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	20
5.1 Taustamuuttujien tiedot .....	20
5.2 Tiedonsaantia ja hoitoon osallistumista koskevat tulokset .....	22
5.3 Yksityisyys ja arvostus.....	23
5.4 Tunne-elämän huomioiminen .....	24
5.5 Hoitoyksikön edellytykset ihmisläheiselle hoidolle .....	25
5.6 Avoin palaute .....	26
6 POHDINTA.....	27
6.1 Teorian ja tulosten vertailua .....	27
6.2 Pohdintaa tuloksista .....	28

6.3 Jatkotutkimusaiheita ja kehityshaasteita .....	29
7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS .....	30
Lähteet.....	31
Liitteet .....	34
Liite 1 Saatekirje.....	34
Liite 2 Kysely.....	35

## 1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön aihe on omaisten kokemukset ihmisläheisestä hoidosta tehostetun valvonnan osastolla. Opinnäytetyön aihe on tullut pyyntönä Hyvinkään sairaalan tehostetun valvonnan osastolta, jossa hoitohenkilökunta kohtaa omaisia hyvin vaikeissa elämäntilanteissa. Omaisten kohtaaminen on koettu osastolla haasteelliseksi ja siksi heidän kokemuksista ja arvioista halutaan saada tietoa. Osastolla halutaan kartoittaa, kuinka valitut ihmisläheisen hoidon osa-alueet toteutuvat hoidossa omaisten näkökulmasta ja minkälaisia kehityshaasteita hoidossa mahdollisesti on. Ihmisläheisestä hoitomittarista kyselyyn valittavat osa-alueet ovat 1 tiedon saaminen ja hoitoon osallistuminen, 2 yksityisyys ja arvostus, 3 tunne-elämän huomioiminen ja 4 hoitoyksikön edellytykset ihmisläheisen hoidon antamiselle. Opinnäytetyön kysely suunnataan omaisille, joiden läheinen on ollut tehostetun valvonnan osastolla hoidettavana. Kiinnostuksen kohteena on tyytyväisyys sekä potilaiden saamaan hoitoon, että omaisten saamaan hoitoon omaisten arvioimana. Opinnäytetyön tarkastelukulma onkin perhehoitolähtöinen. Perhehoitotyössä perhettä voidaan pitää taustatekijänä, jäsentensä summana tai asiakkaana. (Hakulinen, Koponen & Paunonen 1999, 28-29).

Kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu omaisten kokevan läheisen joutumisen teho-osastolle usein ahdistavana, pelottavana ja järkyttävänä (Koponen 2008, 4). Omaisten huomioiminen hoidossa on tärkeää, sillä yhden omaisen sairastuminen vaikuttaa aina koko perheeseen (Koponen 2008, 4; Potinkara 2004, 11). Perhehoitolähtöistä hoidon laadun arviointia tutkittaessa tehohoitoympäristö on ollut yleisin hoitoympäristö. Tätä on perusteltu tehohoitotyön luonteen takia. Tehohoidossa potilailla on usein kommunikointivaikeuksia ja siksi perheen huomioiminen on välttämätöntä. (Joronen 2008, 375.) Varsinaisia vierailuaikoja teho-osastoilla ei ole nopeasti muuttuvien tilanteiden vuoksi (Potinkara 2004, 50 -51).

Suomessa tehohoidossa olevien potilaiden omaisilta on kerätty tietoa niukasti (Koponen 2008, 4). Tehohoidossa olevien potilaiden omaisten tiedonsaantia, kokemuksia ja tukea on tutkittu vähän eikä omaisilta itseltään juurikaan ole kerätty tietoa (Koponen 2008, 4). Aikaisempia tutkimuksia Suomessa tehohoidosta ja omaisista ovat tehneet mm. Lehto (1997) ja Potinkara (2004). Lehdon (1997) tutkielmassa tutkittiin omaisten saamaa tukea teho-osaston hoitohenkilökunnalta. Potinkara (2004) kehitti substantiivisen teorian kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä. Hoidon laatua

omaiset ovat arvioineet Mikkosen (2007) tutkielmassa, jossa omaiset arvioivat saattohoidon laatua Terhokodissa.

Omaisien synonyymeinä on käytetty myös sanoja läheinen ja perheenjäsen (Potinkara 1995, 8). Omaiseksi, perheeksi tai läheiseksi nimetyt henkilöt muodostavat yleensä emotionaalisen suhteen potilaan kanssa (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 16; Potinkara 1995, 8). Tämä voi olla määräävämpi tekijä omaisen tai läheisen nimeämisessä kuin juridiset tai biologiset tekijät (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 16; Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999, 321). Lähiomainen on ensisijainen henkilö, johon terveydenhuoltohenkilöstö on tarvittaessa yhteydessä potilaan terveyteen liittyvässä tiedottamisessa ja yhteistyössä. Tässä tutkimuksessa omaiset mielletään asiakkaina, joiden hoitaminen ja kuuleminen on tärkeää potilaan hyvän hoidon toteuttamisessa. Omaisella tässä tutkimuksessa tarkoitetaan henkilöitä, jotka ovat olleet yhteydessä potilaaseen tämän tehohoitojakson aikana.

Tehohoito on suunnattu potilaille, joita ei voida hoitaa muissa hoidon yksiköissä. Tehohoitopotilaat kärsivät hengenvaarallisesta, mutta ohimeneväksi arvioidusta tilasta. (Takkunen & Pettilä 2006, 913.) Tekniset laitteet ovat osa tehohoitoympäristöä. Niillä pyritään potilaan fyysisten elintoimintojen mittaamiseen ja ylläpitoon. Potilasta laitteiden takana ei tulisi unohtaa.

Opinnäytetyö toteutetaan kyselytutkimuksena. Opinnäytetyössä käytettävä Ihmisläheinen hoito-mittari (ILH) on hoitotieteellisesti luotettava mittari ja sitä on käytetty useissa tutkimuksissa. ILH-mittarin mukautettua muotoa on käytetty Pro gradu-tutkielmassa, Saattohoito Terhokodissa omaisten arvioimana, jossa omaiset arvioivat hoidon laatua (Mikkonen 2007). Tämä omaisille suunnattu versio toimii tämän opinnäytetyön kyselyn pohjana. Hoidon laatua yleensä ovat arvioineet enemmän potilaat ja hoitohenkilöstö kuin omaiset. ILH-mittaria on käytetty lisäksi kuudessa Pro gradu- tutkielmassa ja kolmessa väitöskirjassa sekä useissa artikkeleissa (Kvist 2008, 377). Tässä tutkimuksessa tutkittavina osa-alueina ovat 1 tiedon saaminen ja hoitoon osallistuminen, 2 yksityisyys ja arvostus, 3 tunne-elämän huomioiminen ja 4 hoitoyksikön edellytykset ihmisläheisen hoidon antamiselle. Kyselyn osa-alueet perustuvat tehohoidossa olevien potilaiden omaisten tarpeisiin.

## 2 TUTKIMUKSEN TEORIATAUSTA JA KESKEISET KÄSITTEET

### 2.1 Tutkimusympäristö

Suomessa on 40 tehohoidon yksikköä ja niissä hoidetaan vuoden aikana noin 28 000 tehohoitopotilasta (Takkunen 2006, 31). Tehohoitoa on saatavilla kaikissa Suomen



[illegible]

Taulukko 1: Tehohoitoon valikoituminen (Takkunen & Pettilä 2006, 915)

Teho-osastolla hoidettavista potilaista jatkohoitoon siirretään noin 90 % potilaista. Kuolleisuus on siis noin 10 %. (Takkunen ym. 2002, 5; Blomster, Mäkelä, Ritmala-Castren ym. 2001, 6.) Kuoleman läheisyys on osa tehohoitotyötä silloinkin, kun potilaat selviävät, sillä potilaiksi tulee ottaa henkilöitä, jotka ovat välittömässä hengenvaarassa (Takkunen ym. 2002, 6; Potinkara 2004, 12). Taulukossa 2 on luokiteltu keskeisiä tehohoitoon johtavia syitä.

<p>Verenkirto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Komplisoitunut sydäninfarkti</li> <li>-Kardiogeeninen sokki</li> <li>-Vaikeat johtumis- tai rytmihäiriöt</li> <li>-Sydämen dekompenaatio</li> <li>-Epästabiili angina pectoris</li> <li>-Hypertensiivinen kriisi</li> <li>-Sydämen tamponaatio tai konstriktio</li> <li>-Aortan dissekoituminen</li> <li>-Keuhkoembolia</li> <li>-Elvytyksen jälkitila</li> </ul> <p>Endokrinologiset häiriöt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Diabeettinen ketoasidoosi</li> <li>-Hypoglykemia</li> <li>-Hyperosmolaarinen ei- ketoottinen tila</li> <li>-Tyreotoksikoosin kriisi</li> <li>-Laktaatti asidoosi</li> <li>-Feokromosytooma</li> <li>-Vaikeat elektrolyyttihäiriöt</li> </ul> <p>Hengitys</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Akuutti hengitysvajaus</li> <li>-Vaikea astma tai COPD</li> <li>-Hengitysteiden vammat ja vierasesineet</li> <li>-Hengitysteiden ilma- tai verenvuoto</li> <li>-Hengitysteiden palovammat</li> </ul> <p>Vaikeat infektiot</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sepsis tai septinen sokki</li> <li>-Vaikea keuhkokuume</li> <li>-Aivokalvotulehdus</li> <li>-Mediastiniitti</li> <li>-Nekrotisoivat pehmytosainfektiot</li> <li>-Immunosuppressiopotilaan infektio</li> <li>-Tetanus</li> </ul> <p>Neurologia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tajuttomuus</li> <li>-Lukinkalvonalainen tai kallonsisäinen verenvuoto</li> <li>-Status epilepticus</li> <li>-Vaikea aivo- tai selkäydinvamma</li> <li>-Aivoverisuonten spasmi</li> <li>-Polyradikuliitti, vaikea myastenia</li> <li>-Vaikea meningiitti(erityistarve)</li> <li>-Aivoinfarkti</li> </ul>	<p>Gastrointestinaaliset häiriöt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Verenvuoto häiriöt</li> <li>-Vaikea haimatulehdus</li> <li>-Ruuansulatuskanavan perforaatiot</li> <li>-Ruokatorven perforaatiot, mediastiniitti</li> <li>-Vaikea akuutti maksan vajaatoiminta</li> </ul> <p>Vuoto- ja hyytymishäiriöt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-DIC-oireyhtymä</li> <li>-TTP (tromboottinen trombosytopeninen purppura)</li> <li>-HUS (hemolyyttis-ureeminen oireyhtymä)</li> <li>-Vaikea pre-eklampsia</li> </ul> <p>Munuaisten vajaatoiminta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Jatkuvan korvaushoidon tarve</li> <li>-Rabdomyolyyysi</li> </ul> <p>Intoksikaatiot</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Lääkeaine</li> <li>-Alkoholi</li> <li>-Häkä</li> <li>-Huumeet</li> </ul> <p>Postoperatiiviset tilat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Elintärkeiden elintoimintojen valvonta ja ylläpito</li> </ul> <p>Muut</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Anafylaktinen sokki</li> <li>-Palovammat</li> <li>-Hukuksiin joutuminen</li> <li>-Hypotermia</li> <li>-Aivokuolleen elinluovuttajan hoito</li> </ul>
---	---

Taulukko 2: Tehohoitoon johtavia syitä (Takkunen & Pettilä 2006, 914)

Tehohoitojaksolla omaiset kuuluvat kiinteästi hoitoon ja potilaan tehohoito aiheuttaa kriisin myös omaisille, jonka vuoksi myös heidän tarpeensa on hyvä tunnistaa (Blomster ym. 2001, 59). Tehohoitoympäristössä korostuvat erilaisten teknisten laitteiden käyttö ja niiden jatkuva läsnäolo. Niiden avulla pyritään ylläpitämään ja mittaamaan potilaan fyysisiä elintoimintoja. Tehohoitoa tarvitsevat potilaat ovat kriittisesti sairaita ja tarvitsevat erikoiskoulutettujen henkilöiden läsnäoloa omien heikentyneiden hallintamekanismien vuoksi. Teknologiakeskeisen hoitoympäristön riskinä on hoitotyön muodostuminen liian tekniseksi, jolloin potilas voi jäädä taka-alalle. (Potinkara 2004, 14-15.)

Osastoilla käytettäviä teknisiä laitteita ovat erilaiset monitorit, hengityslaitteet ja nesteiden siirtolaitteet. Teknisten laitteiden käyttö edellyttää hoitohenkilökunnan jatkuvaa koulutusta ja perehdytystä, sillä hoidossa käytettävä tekniikka uusiutuu jatkuvasti. Perehdytyksen tueksi on kehitetty verkko-oppimisympäristöjä, joiden avulla pyritään takaamaan hoitohenkilökunnan riittävät tiedot ja taidot. Perehdytysympäristö on tarpeellinen myös siksi, että tehohoitoon ei hoitajille ole olemassa jatkotutkintoa eikä nykyinen sairaanhoitajatutkinto kykene vastaamaan tehohoidon erityisosaamistarpeisiin. (Rantalainen, Nevalainen & Miettinen 2006, 142-144.)

Hyvinkään sairaalan tehostetun valvonnan osastolla on hoidettavana aikuispotilaita, joilla pääsääntöisesti on sairauksien, tapaturmien tai leikkausten seurauksena kehittynyt merkittäviä elintoimintahäiriöitä. Yleisimpiä hoidettavia sairaustiloja ovat suurten leikkausten jälkitilat, vakavat tulehdussairaudet kuten keuhkokuume, keuhkohtaumataudin huomattava paheneminen, pahentunut sydämen vajaatoiminta ja vaikeat rytmihäiriöt ja vakavat myrkytystilat. Potilaita on vuosittain noin 800 ja keskimääräinen hoitoaika osastolla on kolme vuorokautta. Potilaspaikkoja on käytössä tällä hetkellä kahdeksan. Paikkaluku tulee nousemaan 12 akuuttisairaalahankeen myötä. (Laakso & Tohmo 2009, 62.) Osastolla on yksi kolmen hengen huone, kaksi kahden hengen huonetta ja yksi eristys huone. Potilaat tarvitsevat paljon lääkäreiden ja sairaanhoitajien apua ja heidän hoitoonsa varten kehitettyjä hoitomenetelmiä ja laitteita. (Toiminnan kuvaus 2009.)

Osastoa johtaa anestesia lääkäri ja osastolla työskentelee päivittäin myös kokenut sisätautilääkäri, sillä useilla potilailla on sisätautisia ongelmia. Osastolla tehdään päivittäin yhteystyötä myös kirurgin, keuhkolääkärin ja tarvittaessa myös neurologin kanssa. Erikoistuvista lääkäreistä jokainen vuorollaan työskentelee yksikön osaston ylilääkärin kanssa. (Laakso & Tohmo 2009, 62-63.)

Hyvinkään sairaalan henkilökunta toivoo, että vain lähiomaiset käyvät vierailuilla vierailuaikoina. Tämä vähentää kiirettä osastolla ja hoitajilla jää enemmän aikaa potilaan hoitotyöhön. Tiedotukseen liittyvissä asioissa on pyydetty, että omaiset valitsisivat yhden

yhdys henkilön, joka huolehtisi potilaan voinnin tiedotuksesta muille omaisille. Työvuorossa potilaalla on aina omahoitaja, joka on perillä potilaan kulloisestakin tilanteesta. Häneltä omaiset voivat kysyä kysymyksiä tai sairaanhoitaja puolestaan voi tarvittaessa ottaa yhteyttä omaisiin. Omaiset voivat antaa potilaista merkittäviä tietoja varsinkin silloin, jos potilas itse ei kykene kommunikoimaan. Omaisten läsnäolo voi olla merkittävää hengityskonehoidon aikana. (Tietoa omaisille 2009.)

## 2.2 Tutkimuskohde

Tehohoitopotilaan omaiset tuntevat voimakkaita tunteita, kun heidän läheisensä ovat kriittisessä tilassa ja tarvitsevat tehohoitoa. Tuntemukset ilmenevät usein ahdistuksena, järkytyksenä ja pelkona. Pelko on tunne, joka kuuluu elämän muutostilanteisiin. Kun oma läheinen sairastuu kriittisesti, se herättää omaisissa pelon tunnetta. Pelon tunnetta lisäävät tajunnan tason muutos, potilaan kokema kipu, kärsimys ja tekninen ympäristö. Omaiset voivat kokea pelkoa myös tulevaisuudesta. Omaisen ammatillisen koulutuksen on todettu vaikuttavan pelon määrään siten, että vähemmän koulutetut pelkäävät enemmän kuin ne omaiset, joilla on enemmän koulutusta. Omainen voi pelätä tehohoitotilannetta potilasta enemmän ja hänen pelkonsa on hyvä tunnistaa. Omainen voi lisäksi kärsiä stressioireista ja shokista, jotka vaikeuttavat hänen selviytymistä arki elämän askareista. Lisäksi omaisella voi ilmetä keskittymiskyvyn puutetta, unettomuutta tai heikentynyttä unta, yksinäisyyden kokemista ja elämän hallinnan heikkoutta. (Koponen 2008, 4-7; Potinkara 2004, 16-17.)

Traumaperäiset stressireaktiot on hyvä tunnistaa. Ne ovat melko yleisiä häiriöitä, joista kärsivät kaikenikäiset. Häiriön keskeinen aiheuttaja on tapahtuma, joka poikkeaa merkittävästi normaalista arjesta. Stressihäiriöön kuuluu myös taipumus kokea tapahtumat uudelleen, tapahtumasta muistuttavien ärsykkeiden välttäminen ja lisääntynyt vireys. Stressihäiriöstä kärsivän ensihoidoksi suositellaan psykososiaalista tukea ja palveluita. Tärkeää on saada inhimillinen turvallinen hoitokontakti ja tarvittaessa ohjata henkilö tukea antavien palveluiden piiriin. Mikäli omaisen stressioireet voimistuvat ja pitkittyvät, voidaan myös lääkehoitoa harkita yhtenä stressihäiriön hoitona. (Käypähoito 2009.)

Huolimatta omaisen haavoittuvuudesta ja peloista hän voi olla tärkeä voimavara potilaalle. Usein hänellä on kyky vähentää potilaan pelon ja levottomuuden kokemista. Omaisten voimaannuttamisessa tärkeää on inhimillisen, herkän ja lämpimän ihmisen kohtaaminen. Keskusteleva asenne ja omaisen huomioiminen ovat tärkeitä asioita, kun halutaan parantaa kriittisesti sairaan potilaan omaisen hoitoa. (Wahlin, Ek & Idvall 2009.) Omaiset tarvitsevat tukea voidakseen käyttää sisäisiä ja ulkoisia voimavaroja. Nämä auttavat heitä selviytymään tilanteesta, jossa heidän läheisensä on kriittisesti sairas tai hänen tilansa on muuten

kriittinen. Omaisten mukaan voimaantumisessa auttavat ammatillisuuden ja lempeyden kohtaaminen sekä usko itseän. (Johansson, Fridlund & Hildingh 2005.)

Omaisilla on tutkittu olevan erilaisia emotionaalisia, kognitiivisia, sosiaalisia ja käytäntöön liittyviä tarpeita. Omaisat kaipaavat tehohoitohenkilökunnalta ohjeita siitä, miten tehosastolla tulee käyttäytyä ja miten he voivat osallistua hoitoon. Tiedon tarpeet ovat tutkimusten mukaan olleet korostuneita. Omaisat haluavat saada rehellistä, johdonmukaista ja ymmärrettävää tietoa potilaan tilasta ja odotetusta lopputuloksesta. Tiedon saamisella on omaisen mieltä huojentava vaikutus. Omaisat kokevat tärkeäksi päivittäisen keskustelun saman sairaanhoitajan ja lääkärin kanssa. Omaisat haluavat varmuuden siitä, että heidän läheisensä saavat parasta hoitoa. Kuoleman mahdollisuudesta halutaan myös saada tietoa. (Koponen 2008, 4-7.)

Tehohoitopotilaan omaiset haluavat kertoa hoitohenkilökunnalle potilaan persoonaan liittyviä asioita ja sitä kuinka potilas on toiminut terveenä perheenjäsenenä. Potilaan persoonallisuudesta kertomisella pyritään siihen, että hoitohenkilökunta mieltäisi heidän läheisensä yksilönä teknisessä ympäristössä. Omaisat haluavat myös suojella potilasta ja säilyttää hänen arvokkuutensa alastomuuden peittämällä ja eritteiden poistamisella. Omaisten voimavaroja vahvistavat hoitohenkilökunnalta saatu tuki ja lähimmäisenrakkaus. Turvallisuus ja ammatillisuus koetaan myös omaisten voimavaroja vahvistavina tekijöinä. (Koponen 2008, 7-9.)

Potilaan sairaalaan joutuminen aiheuttaa usein muutoksia myös omaisen sosiaaliseen elämään. Ajankäyttö saattaa muuttua, kun omaisen vierailee usein sairaalassa. Päivittäiset ruokailut saattavat kaventuvat pieniin välipaloihin ja roolit perheen sisällä voivat muuttua, kun yksi perheenjäsenistä on tehohoidossa. Vanhemman joutuminen teho-osastolle voi muuttaa perheen vastuunjakoja. (Potinkara 2004, 18.)

Sairaanhoitajat ovat kokeneet, että omaisten hoidossa mukana oleminen vaikuttaa potilaan paranemiseen edistäväästi. Potilaan suostumus omaisen hoitoon osallistumiseen tulee kuitenkin aina varmistaa. Lasten hoidossa vanhempien mukana olo on juridisesti ja emotionaalisesti ymmärrettävää. Osa hoitavasta henkilökunnasta kuitenkin haluaa rajoittaa omaisten käymistä osastolla. Tällöin puhutaan rajatuista vierailuajoista ja usein koetaan, että omaiset hankaloittavat hoitajien työskentelyä. (Potinkara 2004, 47-50.)

Hoitohenkilökunta voi suhtautua omaisiin siten, että he ilman muuta kuuluvat hoidon piiriin ja ovat tärkeitä potilaalle. Potilaan luona olemista voidaan pitää omaisen oikeutena. Tällöin omaisen saa kokea tasavertaisuutta potilaan kanssa eikä hänen tarvitse tuntea itseään vierailijaksi. Omaisten puuttuminen tehohoitopotilaan elämästä voi herättää hoitavissa

henkilöissä hämmästyttä ja huolta. Hoitajien suhtautumiseen vaikuttaa sovitut säännöt, ammattitaito ja se millaiseksi hoitaja kokee omaisen aseman hoidossa. (Potinkara 2004, 47-50.)

Hoivan yhteiskunnallisissa järjestelmissä perheellä on aina ollut merkittävä asema (Marin 1999, 43). Perhe voi olla hoitotyössä suuri voimavara sekä potilaalle että hoitohenkilökunnalle. Perheen osallistuminen hoitoon voi olla taloudellisesti ja hoitoresurssien käytön kannalta merkittävää. Perheen ottaminen mukaan hoitoon varmistaa hoitotyön laatua ja hyöty näkyy potilaan ja perheen tyytyväisyytenä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 14.) Hoitoon osallistumisen mahdollisuus palvelee tutkitusti myös omaisten tarpeita (Koponen 2008, 7-8). Omaisten tarpeiden huomioiminen vaikuttaa siihen kuinka tyytyväisiä omaiset ovat hoitoon. Perheen huomioimiseen hoitotyössä kuuluu myös lähiomaisen nimeäminen. Terveystieteissä on tapana, että potilas nimeää itselleen lähiomaisen. Omaisella terveystieteissä tarkoitetaan potilaan itsensä nimeämää henkilöä (Lehto 1997, 6; Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999, 321).

Hoitotyössä perhe voidaan nähdä kokonaisuutena, asiakkaana, jolloin merkityksellistä on perheenjäsenten väliset suhteet, ilmapiiri ja toimivuus. (Åstedt-Kurki & Paunonen 1999, 341.) Perhe asiakkaana näkökulmassa painotetaan myös riippuvuutta ympäristöstä ja ympäristön ja perheen keskinäistä vuorovaikutusta. Perhe asiakkaana voidaan myös integroida laajempaan kontekstiin kuten sukuun, yhteiskuntaan, maanosaan ja koko maailmaan. Hoitotyön tavoitteena on tällöin kokonaisuuden hyvinvointi. Perhe asiakkaana edustaakin holistista terveys- ja ihmiskäsitystä. (Hakulinen ym. 1999, 29-32.)

Omaan yhteisöön kuulumisen ei lakkaa potilaan joutuessa sairaalaan hoidettavaksi. (Åstedt-Kurki 1999, 341.) Perhehoitotieteellisessä tarkastelukulmassa yksilöä pyritään ymmärtämään, hoitamaan, tukemaan ja ohjaamaan perheen ja lähiympäristön kautta (Viljanen 1999, 290).

### 2.3 Ihmisläheisen hoidon mittari

Hoidon laatua ovat perinteisesti arvioineet potilaat itse. Myös hoitohenkilökunnalta on kysytty arvioita hoidon laadusta. Sairaanhoidajat ovat arvioineet hoidon laadun paremmaksi kuin potilaat. Kaikkein parhaimpana hoitoa ovat pitäneet lääkärit. Hoidon laatu on arvioitu pääosin hyväksi, joskin negatiivista palautetta on saatu tiedonsaamisen ja kiireen vuoksi. (Kvist 2006, 108-112.) Hoidon laadun arviointiin onkin kaivattu monipuolisempaa tutkimusta potilasnäkökulman lisäksi (Kvist 2008, 385-386).

Ihmisläheinen hoito mittari (ILH-mittari) perustuu käsitteeseen ”Ihmisläheinen hoito”, joka on otettu käyttöön Kuopion yliopistollisessa sairaalassa 1990-luvun alussa (Kvist 2008, 378). Käsitteen määrittely tehtiin kysymällä potilailta, hoitajilta, lääkäreiltä, laitoshuoltajilta, sosiaalityöntekijöiltä, psykologeilta ja poliittisilta luottamushenkilöiltä, mitä heidän mielestään oli ihmisläheinen hoito. Vastausten perusteella muodostettiin viisi eri osa-aluetta, jotka ovat 1 yhteisyyssuhteet, yksityisyys ja arvostus, 2 tiedon saaminen ja hoitoon osallistuminen, 3 fyysisen terveyden ylläpitäminen ja edistäminen ja 4 hoitoyksikön edellytykset ihmisläheisen hoidon antamiselle ja 5 tunne-elämän huomioiminen. (Töyry 2001, 1.) Käsitteen määrittelyn jälkeen alkoi ILH- mittarin kehittäminen. Mittarin kehittäminen oli vaativa ja aikaa vievä prosessi. Oikeastaan se on jatkuva prosessi, sillä hoitoympäristöt ja tekniikka kehittyvät jatkuvasti. (Töyry 1999, 164; Kvist 2008, 378-385.) ILH-mittari ei ole varsinainen tyytyväisyysmittari vaan sen perusteella arvioidaan hoidonlaatuun kuuluvia osatekijöitä.

ILH-mittari on yksi suomalaisen hoidon laadun arviointimittari (Kvist 2008, 377). Se on otettu myös kansainväliseen käyttöön (Töyry 2001, 2). Palvelun laadulla tarkoitetaan palvelun sopivuutta, hyväksyttävyyttä, kelvollisuutta asiakkaan tarpeisiin ja odotuksiin sekä palvelun virheettömyyttä ja vakioisuutta. Palvelun laatu koostuu useista eri osatekijöistä, jotka muodostavat kokonaisuuden. (Kvist 2006, 108.) Hoidon laadun tutkimus on aloitettu terveystieteissä 1980- luvulla. Laadun arvioinnin yhteydessä on käytetty termejä hoidon laadun osatekijät ja kriteerit, hyvä hoito, ihmisläheinen hoito ja potilas- tai asiakastyytyväisyys. (Kvist 2008, 378.) Töyryn (2001,1) mukaan hoidon laadun tutkimus on tärkeää terveydenhuoltoon varattujen resurssien vähetessä. Hänen mukaansa on eettisesti tärkeää huomioida hoidon sisältöä, määrää ja vaikuttavuutta.

### 2.3.1 Tiedonsaanti ja hoitoon osallistuminen

Potilaslain 5 §:ssä todetaan, että potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista, niiden vaikutuksista ja muista hoitoon liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan (Poikkimäki 2004, 8). Hoitohenkilöstöllä on vaitiolovelvollisuus, josta on säädetty laissa. Ilman potilaan omaa suostumusta hänen asioistaan ei saa antaa tietoja ulkopuolisille. (Tedre & Pöllänen 1997,10.) Hoitohenkilökunnan tulee selvittää potilaan suostumukset tiedonantoon, kuten kenelle tietoa voi antaa ja minkälaista tietoa hän haluaa hoidostaan antaa. Tiedon antamisella ja pidättämisellä voidaan suojata potilaan yksityisyyttä.

Omaiset, jotka eivät voi vierailla potilaan luona, ovat oikeutetut saamaan tietoa potilaan voinnista puhelimen välityksellä tai muin keinoin. Puhelimen kautta välitettyä tietoa ei yleensä koeta riittäväksi. Jos tiedotettavia omaisia on useita, voidaan omaisista valita yksi

yhteyshenkilö, jonka kautta tieto potilaan voinnista kulkee toisille omaisille. Näin säästetään myös henkilökunnan aikaa. Omaisille on tärkeää saada tietoa tehohoidosta ennen kuin he tulevat osastolle. Tekniset laitteet aiheuttavat monille omaisille pelkoa. Myös potilaan sekavuus ja mahdollisesti muuttunut ulkomuoto saattavat aiheuttaa ahdistusta. (Blomster ym. 2001, 60-61.)

Potilas ja omaiset haluavat tietoa sekä lääkäreiltä että hoitajilta (Potinkara 2004, 19; Blomster ym. 2001, 60). Useiden tutkimusten mukaan tiedon tarve on yksi tärkeimmistä tarpeista myös potilaan omaisille. Naisille tiedon saaminen on tärkeämpää kuin miehille. Myös ne omaiset, joille tehohoito ei ole ennestään tuttua arvostavat tiedon saantia enemmän kuin ne omaiset, joilla on aikaisempaa kokemusta tehohoidosta. (Potinkara 2004, 18.) Lääkäreiltä odotetaan tietoa potilaan diagnoosista, ennusteesta, lääketieteellisestä hoidosta ja hoitoon vaikuttavista asioista. Hoitajalta puolestaan kysytään vierailuaikoja, yhteystietoja, selvitystä lämpötasapainosta, verenpaineesta, orientaatiosta, asennonvaihdoista ja hygieniasta. (Blomster ym. 2001, 61.) Tiedon tulisi olla ymmärrettävää, ajantasaista, rehellistä, johdonmukaista ja täsmällistä (Koponen 2008, 7; Blomster ym. 2001, 60). Oikea tieto auttaa potilasta sekä omaisia mahdollisessa hoitoon liittyvässä päätöksenteossa (Potinkara 1995, 13; Potinkara 2004, 19; Poikkimäki 2004, 8).

Potinkaran (2004, 17) mukaan tiedolla ja pelolla on yhteyttä, mutta aiheesta tehdyt tutkimukset ovat tuottaneet myös ristiriitaisia tuloksia. Pelolla ja tiedolla on todettu olevan yhteyttä siten, että tiedon puute voi aiheuttaa pelkoa. Tiedon antamisella on vaikutusta pelkojen vähenemiseen. Tieto myös auttaa selkiyttämään potilaan sairastumisesta johtuvaa tilannetta (Lehto 1997, 13).

Tiedon tarpeen lisäksi omaisilla on tarve osallistua hoitoon. Hoitoon osallistumisen tarpeella tarkoitetaan potilaan vuoteen vieressä olemista, potilaan rauhoittavaa koskettamista ja hänelle puhumista. Omaiset ovat halukkaita osallistumaan myös konkreettisiin hoitotoimiin kuten hierontaan ja rauhoittamiseen ikävän hoitotoimenpiteen aikana sekä ihon puhdistamisessa avustamiseen. (Koponen 2008, 7-8.) Hoitoon osallistumisen on todettu vähentävän omaisten syyllisyyden- ja avuttomuuden tunteita (Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999, 325). Sen on lisäksi koettu tuottavan hyödyksi olemisen tunnetta alkuvaiheen kaaoksen jälkeen (Åstedt-Kurki ym. 2008, 28). Osa omaisista kuitenkin kokee, ettei heillä ole voimia hoitaa omaistaan sairaalassa. Hoitoon osallistumisen tulee olla omaisesta ja hänen halustaan lähtevää eikä siitä saa tulla pakkoa. Henkilökunnan tarpeet eivät saa vaikuttaa hoitoon osallistumiseen. (Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999, 328.) Hoitovastuu on aina hoitohenkilökunnalla eikä omaisella.



Åstedt-Kurjen ym. (2008, 59) mukaan useissa tutkimuksissa on todettu etteivät potilaat ja omaiset tunne tarpeeksi osaston toiminnan luonnetta, rooliaan sairaalassa tai osallistumismahdollisuuttaan. Omaiset ovatkin kaivanneet konkreettisia ohjeita teho-osastolla käyttäytymisestä ja hoitoon osallistumisesta (Koponen 2008, 7). Hoitoon osallistumisen mahdollisuuksia maallikon on siis vaikea hahmottaa ja Blomster ym. (2001,61) ovat ilmaisseet, että se on hoitajan tehtävä. Hoitoon osallistumista kuvastavat edellä luetellut pienet teot kuten vierellä oleminen, puhuminen, koskettaminen ja hieronta.

### 2.3.2 Yksityisyys ja arvostus

Yksityisyys ja arvostus ovat nousseet keskeisiksi arvoiksi määritettäessä ihmisläheistä hoitoa (Töry 2001, 1). Yksityisyys johdetaan latinankielisestä sanasta *privatus*, joka merkitsee ihmisen henkilökohtaista tilaa, johon vaikuttavat sosiaalinen tilanne ja fyysinen ympäristö. Yksityisyys on tasapainoa yksilönä olemisen ja sosiaalisen vuorovaikutuksen välillä. Olemassaolokokemus, itsensä tiedostaminen, kehollisuus, ajatukset, tunteet ja elämän valinnat kuuluvat myös yksityisyyteen. Yksityisyyden merkitys ilmenee lähinnä fyysisenä ja psyykkisenä koskemattomuutena, arvokkuuden tunteen säilyttämisenä, itsemääräämistä turvaavana riippumattomuutena, itseään koskevan tiedon kontrollointina, mahdollisuutena torjua sivullisten tunkeutumista omaan elämään ja väliaikaisena vetäytymisenä sosiaalisesta kanssakäymisestä. (Poikkimäki 2004, 12.)

Yksityisyyteen kuuluvat myös erilaiset tilat. Hoitajat ovat määritelleet yhdeksi potilaan yksityisyyden tilaksi potilaan vuoteen (Poikkimäki 2004, 14). Muita yksityisiksi alueiksi miellettyjä tiloja ovat olleet koti, oma huone kotona tai laitoksessa. Näin ollen yksityisyyttä rikotaan helposti sairaalassa yhteishuoneissa niiden potilaiden kohdalla, jotka ovat tottuneet omaan muilta suljettuun paikkaan. (Tedre & Pöllänen 1997, 11.) Teho-hoidossa potilaan yksityisyys usein vähenee ja oma reviiri saattaa kadota kokonaan (Blomster 2001, 57). Tämä voidaan kokea yksityisyyden loukkauksena.

Hoitohenkilöstön vaitiolovelvollisuus on osa potilaan yksityisyyden kunnioittamista, josta on säädetty laissa. Ilman potilaan omaa suostumusta hänen asioistaan ei saa antaa tietoja. (Tedre & Pöllänen 1997,10.) Potilasoikeuteen tulee toisinaan käsiteltäväksi tapauksia, joissa vaitiolovelvollisuutta on osittain loukattu. Muita potilasoikeuteen käsiteltäväksi tulleita yksityisyyden rikkomisen muotoja ovat olleet eri hoitotilanteiden näkyminen muille ja potilastietojen suojaamaton käsittely. (Poikkiniemi 2004, 13.)

Yksityisyyteen ja arvostukseen kuuluu potilaan näkeminen yksilönä eikä vain numerona tai tautina (Potinkara 1995, 71). Omaiset näkevät potilaan persoonana, joilla on erilaiset tarpeet ja kyvyt. Yksilöllisen kohtaamisen ja hoitamisen haasteena on kuitenkin pyrkimys

tasapuoliseen potilaiden kohteluun ja oikeudenmukaisuuteen. (Tedre & Pöllänen 1997, 12-13.) Omainen ja potilas näkevät elämässä muutakin kuin sairaana olemisen hetken. Heillä on tiedossa potilaan elämänhistoria, persoonallisuus ja hänelle tärkeät ihmissuhteet.

Mattilan (2007, 15) mukaan arvostaminen pitää sisällään inhimillisen elämän, kokemuksen ja tunteiden arvostamisen kaikissa muodoissaan. Arvostamisen ei tule kohdistua saavutuksiin tai saavuttamatta jättämissiin eikä elämäncatsomukseen, ymmärrykseen tai luonteeseen. Arvostaminen on yksi kulmakivi hyvässä hoidossa ja huolenpidossa.

### 2.3.3 Tunne-elämän huomioiminen

Empaattisuus ja sensitiivisyys ovat olennaisia hoitajan ominaisuuksia, vaikka usein niitä ei ole arvostettu tai asetettu tärkeiksi hoitotyön koulutuksessa ja hoidossa. Hoitajan on tärkeää tuntea itsensä ja kehittää itsetuntemustaan mahdollisimman pitkälle, sillä sitä kautta hän voi todella ymmärtää, miten toiset ihmiset tuntevat. Itsetuntemus on ainoa tapa tulla todella empaattiseksi hoitajaksi. (Chambers & Ryder 2009, 30.)

Tunne-elämän huomioimisessa on tärkeää vahvistaa potilaan ja omaisen turvallisuuden tunnetta. Omainen joka tuntee olonsa turvalliseksi, on avoimempi ja yhteistyö hänen kanssaan on mahdollista. Turvallisuuden tunne lisää rohkeuden tunnetta ja kontaktinotto kykyä. Turvallisuuden tunne ilmenee henkilön emotionaalisena tasapainoisuutena ja arvokkuuden kokemisena. Turvallisuuden tunne ja luottamuksen kokemus ovat ihmissuhteiden luomisen perusta. (Lislerud-Smebye 2006, 286.)

Tunne-elämän huomioimiseen kuuluu myös hengellisyyden osa-alue. Laissa on todettu, että potilaalla ja työntekijöillä on oikeus harjoittaa omaa uskonnollisuuttaan. Molemmilla on myös oikeus olla osallistumatta uskonnollisiin toimituksiin. Jos työntekijä kokee, ettei itse voi vastata potilaan hengellisiin tarpeisiin, hänen tulisi ohjata potilaan luokse joku toinen työntekijä. Uskontoon on todettu liittyvän suojaavia keinoja, jotka antavat tukea, turvaa ja mahdollisuuden uusiin näkökulmiin. Potilaan sielunhoidollisia tarpeita tulisi huomioida kuten muitakin potilaan tarpeita etenkin kohdattaessa kuolemaa, vakavia sairauksia ja menetyksiä. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 175-176.) Uskontoon liittyvät suojakeinot koskettavat myös omaista ja voivat antaa myös hänelle turvallisuutta ja uusia näköaloja.

### 2.3.4 Hoitoyksikön edellytykset ihmisläheisen hoidon antamiselle

Ihmisläheisen hoidon antamiselle on asetettu tiettyjä edellytyksiä, joista osa koskee hoitoyksikön fyysistä ympäristöä. Näitä tekijöitä ovat mm. potilashuoneen ilmanvaihto,

riittävät tilat, meluttomuus ja viihtyisyys. Osa edellytyksistä puolestaan koskee hoitohenkilökunnan ammattitaitoa, hoitajien riittävää määrää, ilmapiirin kiireettömyyttä, hoitajien keskinäistä kunnioitusta, ilmapiirin myönteisyyttä ja hoitajien antamaa selkeää tietoa oirehoidosta ja tulevista tapahtumista. Fyysisellä työympäristöllä on todettu olevan vaikutusta myös työntekijöiden henkiseen työhyvinvointiin. Henkiseen työhyvinvointiin vaikuttavat valaistus, melu, ääni, ilmasto, säteily, värit, tilojen ajanmukaisuus, riittävyys ja väljyys sekä työvälineiden kunto. (Laaksonen ym. 2005, 158.)

Tehohoitoympäristön tilantarve potilasta kohti on noin 25-30 neliometriä. Hoitoalueiden välissä tulisi olla 2,5 m vapaa liikkumisalue. Teho-osastoilla on useimmiten 6-8 potilaspaiikkaa. Kuutta potilaspaiikkaa voidaan pitää miniminä toimivalle tehohoitoyksikölle. Yleisimmällään huoneet ovat 3 tai 5 potilaan huoneita. Näiden lisäksi on 1-2 eristyskhuonetta. Teho-osastoilla on yleensä myös omaisten huone. (Tohmo, Kuosa & Erkola 2006, 44.) Tilan tarpeen määrittämisessä tulee huomioida varastointi, tietotekniikka, päivystäjä ja omaiset (Takkunen 2006, 32.)

Edellä on kuvattu ihmisläheisen hoidon osa-alueita. Seuraavaksi siirrymme tarkastelemaan tutkimusongelmia ja -menetelmiä.

### 3 TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata tehostetun valvonnan potilaiden omaisten ihmisläheisen hoidon toteutumista Hyvinkäällä. Ihmisläheisen hoidon tutkimiseksi on tähän opinnäytetyöhön valittu käytettävän edellisessä luvussa esiteltyjä ILH- mittarin osa-alueita, joita ovat 1 tiedon saaminen ja hoitoon osallistuminen, 2 yksityisyys ja arvostus, 3 tunne-elämän huomioiminen ja 4 hoitoyksikön edellytykset ihmisläheisen hoidon antamiselle. Nämä alueet vastaavat niihin tarpeisiin, joita tehohoidossa olevien potilaiden omaisilla on todettu olevan (Kvist 2008).

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Saavatko omaiset tietoa ja mahdollisuuksia osallistua hoitoon?
2. Huomioidaanko osastolla potilaan ja omaisen yksityisyys?
3. Huomioidaanko osastolla potilaan ja omaisen tunne-elämä?
4. Tarjoaako hoitoyksikkö edellytykset ihmisläheisen hoidon antamiselle?

## 4 TUTKIMUSMENETELMÄ

### 4.1 Tutkimuksen metodiset valinnat

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena ja sen tarkoitus oli kartoittaa ihmisläheisen hoidon toteutumista tehostetun valvonnan osastolla Hyvinkäällä omaisten arvioimana. Opinnäytetyössä käytettiin strukturoitua kyselykaavaketta, jonka lopussa oli avoin kohta, johon omaiset voivat halutessaan kommentoida hoitoa. Kyselyssä käytettiin 5-portaista Likertin asteikkoa. Kyselyllä kartoitettiin mittaushetken tilannetta. Empiiriset tutkimukset voidaan jakaa pitkittäistutkimuksiin, jotka ovat historiallisia ja poikkileikkaustutkimuksiin, jotka ovat kertaluonteisia yhteen ajankohtaan keskittyviä tutkimuksia (Heikkilä 2008, 15). Tämä tutkimus oli poikkileikkaustutkimus, sillä se keskittyi kyselyn toteutushetkeen.

Kvantitatiivisella tutkimuksella yleisesti pyritään kartoittamaan olemassa olevaa tilannetta, mutta sen avulla ei aina pystytä tarpeeksi selvittämään asioiden syitä (Heikkilä 2008, 16). Syiden selvittäminen voi olla mahdollisesti jatkotutkimuksen aihe. Olemassa olevan tilanteen selvittämisen tarkoitus oli löytää mahdollisia kehittämiskohtia.

### 4.2 Tutkimukseen osallistujat

Tutkimuksen kohdejoukon muodostivat tehostetun valvonnan potilaiden omaiset. Tutkimuksen kohderyhmäksi oli valittu potilaiden omaiset, jotka olivat käyneet osastolla hoitojakson aikana. Kohderyhmän kooksi osastolla oli arvioitu 50-100 omaista. Omaisia olivat sekä miehet, että naiset riippuen osastolla vierailevista. Osaston luonteesta johtuen asioita jouduttiin priorisoimaan ja kaikkia osastolla vierailevia omaisia ei voitu tavoittaa. Osastolla voi tulla äkillisiä ja kiireellisiä tilanteita, jotka vaativat hoitohenkilökunnan täyden huomion.

### 4.3 Aineiston keruu

Tutkimusaineisto kerättiin touko-elokuun aikana 2010. Kyselyn aloittamisen jälkeen osastolla pidettiin info-tilaisuus hoitohenkilökunnalle. Infotilaisuudessa käytiin läpi kyselyn taustaa, tarkoitusta ja itse kyselyä. Info-tilaisuuden tarkoituksena oli motivoida hoitohenkilöstöä mukaan kyselyiden jakamiseen ja itse aiheeseen. Kyselylomakkeiden mukaan liitettiin saatekirje, jossa omaisille esitettiin lyhyesti opinnäytetyön tekijä, tilaaja ja tarkoitus. Tärkeää oli myös ilmoittaa, että opinnäytetyöllä halutaan kehittää tehostetun valvonnan osaston toimintaa.

Saatekirjeessä kerrottiin vastaajan anonymiteetin säilymisestä ja siitä, että lomakkeet käsitellään luottamuksellisesti eikä yksittäistä vastaajaa voida tunnistaa. Saatekirjeessä mainittiin myös lomakkeen palauttamista koskevat tiedot. (Heikkilä 2008, 61-62.) Hoitohenkilöstö jakoi kyselykaavakkeet osastolle tuleville omaisille, jotka puolestaan palauttivat lomakkeet osastolta lähtiessään. Täytetyt kyselylomakkeet palautettiin lukittuun postilaatikkoon.

#### 4.4 Aineiston analyysi

Kyselylomakkeilla kerätyt tiedot on analysoitu SPSS- ohjelmiston avulla. SPSS- ohjelmisto on kehitetty kvantitatiivisen tutkimusaineiston analysointia varten (Metsämuuronen 2003, 408). SPSS -ohjelmalla luotiin havaintomatriisi, johon kirjattiin muuttujien nimet ja tehtiin arvojen kuvaukset (Karjalainen 2007,10). Kyselyiden tulokset syötettiin kyselyn pohjalta tehtyyn havaintomatriisiin, jonka jälkeen aineistoa voitiin käsitellä SPSS- ohjelmiston avulla. SPSS- ohjelmistolla voidaan tulostaa erilaisia kuvaajia ja taulukoita, jotka esittävät tutkimustuloksia mitattavassa ja havainnollisessa muodossa. Näin tutkimuksen tuloksia voidaan arvioida ja esitellä selkeästi.

### 5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

#### 5.1 Taustamuuttujien tiedot

Kyselykaavakkeita tulostettiin 50 kappaletta ja näistä palautui täytettyinä 19 kappaletta. Keräysaikaa pidennettiin kahdella kuukaudella, mutta siitä huolimatta palautettujen lomakkeiden määrä ei noussut tämän korkeammaksi. Taustatiedoissa kysyttiin sekä omaisen että potilaan ikää. Omaisten keski-ikä oli 46,79 vuotta ja potilaiden keski-ikä korkeampi 58,42 vuotta. Nuorin omaisista oli 13-vuotias ja vanhin 70 -vuotias. Potilaista nuorin oli 16-vuotias ja vanhin 80- vuotias.

Tehostettua valvontaa tarvitsevista potilaista 47 % (n=9) pystyi kommunikoimaan itse kyselyyn vastaamisen hetkellä. Potilaista sekaviksi oli määritelty 26 % (n=5) ja kommunikoimattomiksi 26 % (n=5). Omaisista enemmistö 84 % (n=16) oli naisia ja kolme miestä, kun taas potilaista enemmistö 67 % (n=12) koski miehiä ja kuusi naista. Yhden potilaan osalta kysymykseen ei ollut vastattu. 47 % (n=9) kyselyyn vastanneista omaisista oli potilaan puolisoita. Omaisista lapsia oli noin kolmannes. Vastaajista vanhempia oli 11 %. Joksikin muuksi läheiseksi luokitteli itsensä 11 % omaisista. Hoidon kesto oli kestänyt 78 %:lla (n=14) yli neljä vuorokautta, 16 %:lla

(n=3) kolme vuorokautta ja 6 %:lla (n=1) yhden vuorokauden. Yksi omainen oli jättänyt vastaamatta kysymykseen hoidon kestosta.

Taustamuuttujat	n	%
Omaisen ikä		
13-20	1	5
21-30	1	5
31-40	4	21
41-50	6	32
51-60	2	11
61-70	5	26
Omaisen sukupuoli		
Mies	3	16
Nainen	16	84
Omaisen suhde läheiseen		
Puoliso	9	47
Lapsi	6	32
Vanhempi	2	11
Joku muu läheinen	2	11
Potilaan ikä		
16-20	2	11
41-50	3	16
51-60	1	5
61-70	9	47
71-80	4	21
Potilaan sukupuoli		
Mies	n	%
Nainen	12	67
	6	33
Hoidon kesto		
2vrk	1	6
3vrk	3	16
4vrk	-	-
Enemmän kuin 4 vrk	14	78
Potilaan tila vastaus hetkellä		
Puhuu itse	9	47
Sekava	5	26
Ei kommunikoi	5	26
Potilaan vierellä vietetty aika		
Koko ajan	1	5
Useamman kerran päivässä		
Kerran päivässä	4	21
Harvemmin	10	53
	3	16

## 5.2 Tiedonsaantia ja hoitoon osallistumista koskevat tulokset

50 % (n=8) omaisista koki etteivät he olleet saaneet riittävästi tietoa hoidosta lääkäreiltä. Kaksi omaista oli jättänyt vastaamatta tähän kysymykseen. Perusteluihin oli kirjattu eri asioita. Lääkäreitä ei ollut tavattu ollenkaan tai he olivat olleet kiireisiä. Kaksi omaisista perusteli asiaa sillä, että omaisia kävi useita, joten kaikille ei kerrottu. Yksi omaisen perusteli asiaa tilanteen epävakaisuudella, toteamalla ettei lääkäreillä ollut tietoa.

Omaiset olivat yksimielisimpiä siitä, että he saisivat tarvitessaan ottaa yhteyden tehostettuun valvontaan. Kaikki kyselyyn vastanneet olivat samaa mieltä kysymyksestä "Tiesin, että tarvitessani saan neuvoja tai apua, voin soittaa tai tulla käymään tehostetun valvonnan osastolla". Omaiset olivat epätietoisia hoitoon osallistumisen suhteen. "Sain halutessani osallistua hoitoon", kysymykseen vastasi 36 % (n=6) en osaa sanoa ja kaksi omaista oli jättänyt vastaamatta kysymykseen. "Päätökseni osallistua/olla osallistumatta hoitoon sai tukea hoitajilta", kysymykseen vastasi 33 % (n=6) en osaa sanoa ja neljännes omaisista ei osannut sanoa, pystyivätkö he vaikuttamaan hoitoa koskeviin päätöksiin. Viidennes omaisista vastasi myös, ettei tiennyt saiko halutessaan olla läsnä hoidossa.

TIEDON SAAMINEN JA HOITOON OSALLISTUMINEN	Samaa mieltä		Eri mieltä		En osaa sanoa	
	n	%	n	%	n	%
Tehostetun valvonnan osastolla oli helppoa olla omaisena	18	95	1	5	-	-
Tiesin, että tarvitessani saan neuvoja tai apua, voin soittaa tai tulla käymään tehostetun valvonnan osastolla	19	100	-	-	-	-
Sain halutessani osallistua potilaan hoitoon	10	59	1	6	6	35
Sain halutessani olla läsnä hoidossa	13	69	2	11	4	21
Päätökseni osallistua/olla osallistumatta hoitoon sai tukea hoitajilta	12	67	-	-	6	33
Arvioni läheiseni hoidontarpeista otettiin huomioon	17	90	-	-	2	11
Pystyin vaikuttamaan läheiseni hoitoa koskeviin päätöksiin	12	71	1	6	4	24

TIEDON SAANTI HOITAJILTA JA LÄÄKÄREILTÄ	Kyllä		Ei	
	n	%	n	%
Sain tietoa potilaan hoidosta riittävästi hoitajilta	15	94	1	6
Sain tietoa potilaan hoidosta riittävästi lääkäreiltä	8	50	8	50

Perustelut: Ei tavannut lääkäriä n=3, Lääkäreillä ei ollut tietoa n=1, Lääkärit olivat kiireisiä n=1, Useita kävijöitä n=1

Hoitajilta ei riittävästi tietoa, koska omainen nuori n=1, Hoitajat koettiin helpommin lähestyttäväksi n=1

### 5.3 Yksityisyys ja arvostus

Omaiset olivat tyytyväisiä yksityisyyden ja arvostuksen huomioimiseen tehostetun valvonnan osastolla. Hoitajien ajan riittävyys jakoi mielipiteitä siten, että 12 % (n=2) omaisista koki, ettei hoitajilla ollut riittävästi aikaa potilaalle.

OMAISEN YKSITYISYYS JA ARVOSTUS	Samaa mieltä		Eri mieltä		En osaa sanoa	
	n	%	n	%	n	%
Minua arvostettiin	18	95	-	-	1	5
Minut hyväksyttiin omana itsenäni	18	95	1	5	-	-
Hoitajilla oli minulle riittävästi aikaa	17	89	1	5	1	5
Asioihini paneuduttiin	17	89	-	-	2	11
Voin puhua luottamuksellisesti hoitajille asioistani	19	100	-	-	-	-
Sain halutessani olla omassa rauhassani	17	89	-	-	2	11



POTILAAN YKSITYISYYS JA ARVOSTUS	Samaa mieltä		Eri mieltä		En osaa sanoa	
	n	%	n	%	n	%
Potilasta arvostettiin	17	100	-	-	-	-
Potilas hyväksyttiin omana itsenään	16	94	1	6	-	-
Hoitajilla oli potilaalle riittävästi aikaa	14	82	2	12	1	6
Potilaan asioihin paneuduttiin	16	94	-	-	1	6
Potilas voi puhua luottamuksellisesti hoitajille asioistaan	16	94	-	-	1	6
Potilas sai olla halutessaan omassa rauhassaan	16	94	-	-	1	6

#### 5.4 Tunne-elämän huomioiminen

Tunne-elämän huomioimisen kohdalla omaiset eivät osanneet sanoa näkemystään kysymyksiin "Hengelliset tarpeeni otettiin huomioon" ja "Potilaan hengelliset tarpeet otettiin huomioon". Tähän kysymykseen vastattiin selkeästi eniten En osaa sanoa vastauksella. Potilaan turvallisuuden tunnetta koskevaan kysymykseen: "Potilas koki olonsa turvalliseksi" vastasi 11 % (n=2) eri mieltä vastauksella ja 11 % (n=2) ei osannut sanoa. Yksi omainen oli jättänyt vastaamatta kysymykseen.

OMAISEN TUNNE-ELÄMÄN HUOMIOIMINEN	Samaa mieltä		Eri mieltä		En osaa sanoa	
	n	%	n	%	n	%
Olin tervetullut tehostetun valvonnan osastolle	19	100	-	-	-	-
Koin oloni turvalliseksi osastolla	18	95	1	5	-	-
Sain apua tarvittaessa	19	100	-	-	-	-
Luonani oltiin riittävästi	17	90	1	5	1	5
Minua kohdeltiin ystävällisesti	19	100	-	-	-	-
Minua kohdeltiin kärsivällisesti	18	95	-	-	1	5
Minua kohdeltiin asiallisesti	19	100	-	-	-	-
Koin riittävästi huolenpitoa	18	100	-	-	-	-
Hengelliset tarpeeni otettiin huomioon	10	53	1	5	8	42

POTILAAN TUNNE-ELÄMÄN HUOMIOIMINEN	Samaa mieltä		Eri mieltä		En osaa sanoa	
	n	%	n	%	n	%
Potilas oli tervetullut tehostetun valvonnan osastolle	15	83	-	-	3	17
Potilas koki olonsa turvalliseksi	14	78	2	11	2	11
Potilas sai apua tarvittaessa	17	94	1	6	-	-
Potilaan luona oltiin riittävästi	18	100	-	-	-	-
Potilasta kohdeltiin ystävällisesti	17	94	1	6	-	-
Potilasta kohdeltiin kärsivällisesti	18	100	-	-	-	-
Potilasta kohdeltiin asiallisesti	18	100	-	-	-	-
Potilaan hoitoon sisältyi riittävästi huolenpitoa	18	100	-	-	-	-
Potilaan hengelliset tarpeet otettiin huomioon	8	45	-	-	10	56

### 5.5 Hoitoyksikön edellytykset ihmisläheiselle hoidolle

Sairaanhoitajien ammattitaito tehostetun valvonnan osastolla koettiin hyväksi siten, että 94 % (n=17) omaisista oli samaa mieltä väittämästä: "Hoitajat toimivat hoitotilanteissa turvallisesti ja ammattitaitoisesti". Ilmapiirin kiireiseksi koki 16 % (n=3) omaisista. Eri mieltä omaiset olivat myös osaston viihtyisyydestä ja meluttomuudesta. Omaisista 21% (n=4) ei kokenut potilaalle ja läheisille varattuja tiloja riittäviksi. Potilashuoneen ilmanvaihdon riittämättömäksi koki 32 % (n=6) omaisista.

HOITOYKSIKÖN EDELLYTYKSET IHMISLÄHEISEN HOIDON ANTAMISELLE	Samaa mieltä		Eri mieltä		En osaa sanoa	
	n	%	n	%	n	%
Hoitajat toimivat hoitotilanteissa turvallisesti ja ammattitaitoisesti	17	94	-	-	1	6
Hoitajia oli riittävästi	16	84	2	11	1	5
Ilmapiiri oli kiireetön	16	84	3	16	-	-
Hoitajat kunnioittivat toistensa asiantuntemusta	16	84	-	-	3	16
Potilashuoneen ilmanvaihto oli riittävä	13	68	6	32	-	-
Tehostetun valvonnan osastolla oli riittävästi tilaa potilaalle ja läheisille	15	79	4	21	-	-
Hoitoympäristö oli meluton	15	79	4	21	-	-
Tehostetun valvonnan osasto oli viihtyisä	14	74	4	21	-	-
Ilmapiiri oli myönteinen	19	100	-	-	-	-
Hoitajien antama tieto oirehoidosta ja tulevista tapahtumista oli selkeää	19	100	-	-	-	-

## 5.6 Avoin palaute

Kyselyn lopussa olevaan avoimeen kohtaan omaiset olivat luetelleet edellä mainittuja asioita. Lisäksi kohtaan oli kirjattu kiitoksen osoituksia ja annettu palautetta henkilökunnan ystävällisyydestä. Avoin palaute koski myös seuraavia seikkoja: lääkärin kanssa keskustelua olisi toivottu ilman erillistä pyytämistä, tiedon saannin koettiin rauhoittavan potilasta, omaisten osallistuminen hoitoon ja hoitoa koskevaan päätöksentekoon koettiin painostavaksi, hoitoon osallistuminen hiustenpesu tilanteessa koettiin mieltä kohottavaksi kokemukseksi. Myönteinen palaute koski henkilökunnan ystävällisyyttä ja työn arvostusta.

AVOIN PALAUTE	n
Tiedon saanti ja hoitoon osallistuminen	4
Myönteinen palaute henkilökunnalle	2

## 6 POHDINTA

### 6.1 Teorian ja tulosten vertailua

Opinnäytetyöntuloksissa tuli esille, että omaiset olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä hoitoon. Tiedonsaannissa koettiin kuitenkin puutteita siinä, etteivät kaikki omaiset saaneet potilaan hoitoa koskevaa tietoa, jos omaisia vieraili useita. Kirjallisuudessa on suositeltu, että omaiset valitsisivat joukostaan yhden yhdyshenkilön, joka jakaisi tiedon myös muille omaisille. Tämä säästäisi hoitohenkilöstön aikaa muuhun hoitotyöhön. (Blomster ym. 2001, 60-61.) Puolet opinnäytetyöhön vastanneista omaisista oli kokenut tiedonsaannin lääkäreiltä riittämättömäksi. Myös avoimeen palautteeseen oli kirjattu toive lääkärin tapaamisesta ilman erillistä pyyntöä. Potinkara (2004, 19) ja Blomster (2001, 60) ovat todenneet omaisten haluavan tietoa sekä lääkäreiltä että hoitajilta. Lääkäreiltä ja hoitajilta odotetaan erilaista tietoa. Lääkärien toivotaan jakavan tietoa potilaan diagnoosista, ennusteesta, lääketieteellisestä hoidosta ja hoitoon vaikuttavista asioista. Hoitajilta kysytään yleisluontoisempia asioita kuten vierailuaikoja ja yhteystietoja. Hoitajilta odotetaan myös selvitystä lämpötasapainosta, verenpaineesta, orientaatiosta, asennonvaihdesta ja hygieniasta. (Blomster ym. 2001, 61.) Omaisille annettun tiedon tulisi olla ymmärrettävää, ajankohtaista, luotettavaa, johdonmukaista ja täsmällistä (Koponen 2008, 7; Blomster 2001, 60). Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajilta saatu tieto koettiin riittäväksi siten, että 94% vastaajista koki hoitajilta saadun tiedon riittäväksi.

Reilu kolmannes omaisista oli epätietoinen mahdollisuudestaan osallistua potilaan hoitoon. Tästä on kirjoittanut Åstedt-Kurki (2008, 59). Hän toteaa etteivät omaiset tunne hoitoon osallistumismahdollisuuksiaan. Omaiset ovat myös kaivanneet selkeitä ohjeita teho-osastolla käyttäytymiseen ja hoitoon osallistumiseen. Heidän on myös todettu olevan halukkaita osallistumaan konkreettisiin hoitotoimenpiteisiin (Koponen 2008, 7). Eräs omainen mainitsi kyselyssä, että hän oli kokenut hiustenpesuun osallistumisen mieltä kohottavaksi kokemukseksi. Omaisten osallistumisesta hoitoon tulisi olla selkeät ohjeet. Tehohoitoympäristössä hoitoon osallistuminen on haasteellista potilaan huonon terveydentilan ja hoitoympäristön vuoksi. Hoitoympäristössä korostuvat erilaiset tekniset seurantalaitteet ja elämää ylläpitävät koneet kuten hengityskone. Hoitohenkilökunta vastaa myös annetusta hoidosta toisin kuin omaiset.

Hengellisten tarpeiden huomiointiin vastattiin selkeästi eniten vastauksella, en osaa sanoa, tämä koski sekä potilaiden, että omaisten hengellisiä tarpeita. Noppari ym. (2007, 176) toteavat, että potilaan sielunhoidollista tarvetta tulisi arvioida ja että uskonnollisuus on läsnä kuoleman, vakavan sairauden ja menetysten aikana potilaan ja työntekijän oman

uskonnollisuuden kautta. Hengellisen tuen tarpeesta tulisi voida keskustella myös elämänkriisien yhteydessä.

Kaksi omaista vastasi olevansa erimieltä siitä, että potilas oli kokenut olonsa turvalliseksi osastolla. Turvallisuuden tunteen kokeminen on tärkeää, koska se mahdollistaa yhteistyön potilaan kanssa. Turvallisuuden tunteen parantamisella voidaan lisätä potilaan kontaktinottoa.

Hoitoyksikön edellytykset ihmisläheisen hoidon antamiselle osiossa fyysistä hoitoympäristöä koskevista väittämistä oltiin erimieltä. Lähes kolmannes 32% koki ilmastoinnin riittämättömänä. Viidennes 21% vastaajista koki myös viihtyisyyden ja tilojen olevan puutteellisia. Lisäksi 21% vastaajista koki osaston meluisaksi. Tehohoitoyksikössä tilojen tarve potilasta kohti tulisi olla vähintään 25 neliometriä ja lisäksi tilojen mitoituksessa tulisi huomioida myös omaisten tarpeet (Takkunen 2006, 32).

## 6.2 Pohdintaa tuloksista

Aineiston pienuudesta huolimatta siitä nousee esille samoja teemoja ja tuloksia kuin aihetta käsittelevästä kirjallisuudesta. Avoimeen palautteeseen omaiset olivat kirjanneet asioita, jotka esiintyvät ihmisläheisen hoidon osa-alueissa. Nämä asiat koskivat tiedonsaantia, hoitoon osallistumista ja turvallisuuden tunnetta. Tämä vahvistaa käsitystä, että myös omaisille nämä osa-alueet ovat hoidossa keskeisiä ja tärkeitä.

Opinnäytetyön tulokset olivat pääosin myönteisiä eikä negatiivista palautetta paljoa annettu. Kyselyyn vastanneiden kokemukset tehostetun valvonnan hoidosta olivat hyvin samansuuntaisia keskenään. Omaisten eriävät mielipiteet näkyivät eniten fyysistä hoitoympäristöä koskevissa väittämässä. On oletettavaa, että hoitotyöstä ulkopuolisen omaisen on helpompi arvioida osaston fyysisiä puitteita kuin hoitohenkilöstön ammatillista osaamista ja heidän keskinäistä yhteistyötään. Kesä 2010 oli myös lämpötiloiltaan keskivertokesää selkeästi kuumempi. Myös tämä on saattanut vaikuttaa siihen, että lähes kolmannes 32% omaisista koki ilmastoinnin puutteelliseksi.

Tiedon saaminen lääkäreiltä koettiin osin riittämättömäksi. Tiedon saamisen parantamiseksi tulevaisuudessa voitaisiin hoitajantoimenkuvaa laajentaa siten, että tiedon jakamisen vastuuta siirrettäisiin enemmän lääkäreiltä hoitajille. Epätietoisuutta omaisissa oli herättänyt hoitoon osallistumista koskevat väitteet. Tällaisia väitteitä olivat "Sain halutessani osallistua potilaan hoitoon", "Sain halutessani olla läsnä hoidossa", "Päätökseni osallistua/olla osallistumatta hoitoon sai tukea hoitajilta" ja "Pystyin vaikuttamaan läheiseni hoitoa

koskeviin päätöksiin". Epätietoisuuden vähentämiseksi omaisen ja hoitohenkilökunnan välistä vuorovaikutusta voitaisiin parantaa. Suomalaisessa kulttuurissa korostuu yksilökeskeisyys ja individualismi, toisin kuin monissa muissa esim. aasialaisissa kulttuureissa, joissa yksilö on aina jonkin yhteisön jäsen, poikkeuksena Suomessa esiintyvä romanikulttuuri. Monikulttuurisuuden lisääntyessä hoitohenkilökunnan olisi hyvä yhdessä pohtia oman hoitoyksikön tapoja perhehoitokeskeisemmän hoidon toteuttamiseen.

Suomalaisessa kulttuurissa hengelliset asiat eivät ole jokapäiväisen puheen aihe ja niitä pidetään usein arkaluontoisina ja hyvin yksityisinä asioina. Termi hengelliset tarpeet saattoi olla myös omaisille terminä vieras. Tämä on saattanut lisätä omaisten tietämättömyyttä, kuinka vastata kyseiseen kysymykseen. Tehohoidon henkilöstö on mahdollisesti orientoitunut hoitamaan ensisijaisesti potilaan somaattisia oireita kliinisessä hoitoympäristössä, jolloin hengellisten tarpeiden huomioiminen voi jäädä taka-alalle. Kuitenkin kriisit ja kuoleman läheisyys herättävät ihmisissä usein kysymyksiä elämän syvällisemmistä kysymyksistä, kuten hengellisyydestä. Kuolleisuuden ollessa tehohoidon yksiköissä keskimäärin 10%, tämä olisi tärkeä asia muistaa.

### 6.3 Jatkotutkimusaiheita ja kehityshaasteita

Kyselyyn osallistuneiden määrällisen vähyden vuoksi, jatkotutkimuksissa tulisi varata huomattavasti pidempi kyselyiden keräysaika, jotta määrällisen tutkimuksen tulosten luotettavuus olisi hyvä. Potilaan ollessa kriittisessä tilassa voi omaisen olla vaikea keskittyä ja syventyä kyselykaavakkeeseen ja sen täyttämiseen. Laadullinen tutkimus voisi olla otollisempi toteuttaa muutaman omaisen teema- tai syvähaastatteluna. Näin olisi helpompi varmistaa riittävän tutkimusaineiston saaminen.

Jatkossa kehityshaasteeksi osastolle nousi tarve kehittää lääkäreiden ja omaisten välistä tiedonkulkua. Tiedon siirtymisen parantamiseksi olisi hyvä kartoittaa erilaisia tiedonantamiseen liittyviä keinoja, jotka toimisivat tehostetun hoitoyksikön toiminnassa. Hoitajat puolestaan voisivat jatkossa miettiä, miten rajata ja selkiyttää omaisten hoitoon osallistumismahdollisuuksia ja miten huomioida perhekeskeisemmän hoidon mahdollisuudet tehohoitoyksikössä. Osaston tilojen uusimisen yhteydessä olisi hyvä kiinnittää huomiota osaston tiloihin, ilmastoinnin parantamiseen, viihtyisyyteen ja meluttomuuteen. Omaisille on joissakin tehohoidon yksiköissä varattu myös huone heitä varten (Tohmo, Kuosa & Erkola 2006, 44). Omaisten huoneessa omaisilla olisi mahdollisuus keskustella rauhassa potilaan tilaa ja hoitoa koskevista kysymyksistä. Erillisessä huoneessa myös viihtyisyyteen voitaisiin kiinnittää toisella tavalla huomiota kuin teknisessä hoitoympäristössä. Tilajärjestelyjen uudistamisella

voitaisiin parantaa potilaiden yksityisyyttä ja helpottaa omaisten vierailua osastolla ja potilaan luona.

## 7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Kyselyyn osallistuminen oli osastolla vieraileville omaisille vapaaehtoista ja siitä oli mahdollisuus ja lupa kieltäytyä. Kyselyyn osallistuneita omaisia ei voida tunnistaa tutkimustuloksista, sillä kyselyyn vastattiin nimettömästi. Kyselylomakkeet palautettiin lukittuun postilaatikkoon osastolta lähdettäessä. Kyselyssä käytettävä mittari perustui validiksi testattuun ILH-mittariin, jota on käytetty useissa Pro gradu- tutkielmissa ja väitöskirjoissa. ILH-mittarin luotettavuuden tutkimus on kulkenut mittarin kehittämis- ja käyttöprosessin rinnalla koko ajan. (Kvist 2008, 385.) Omaisille suunnattua ILH-mittariin perustuvaa versiota on käytetty Mikkosen tutkielmassa, jota tämän opinnäytetyön mittari mukaili (Mikkonen 2007). Kyselyyn osallistuvat valikoituivat satunnaisesti osaston kulloisenkin tilanteen mukaan. Satunnaisotannan voidaan katsoa parantavan tutkimuksen laatua, kun tutkittavia ei ole etukäteen valittu (Metsämuuronen 2003, 31).

ILH-mittaria on kehitetty edelleen ja siitä on muodostettu uusi versio, joka esitestattiin 2008. Versio sisältää uusitut faktorit joita ovat henkilöstön ammatillisuus, hoitoon osallistuminen ja tiedonsaanti, fyysisten tarpeiden huomiointi, riittävä henkilöstö, kipujen ja pelkojen lievittäminen ja henkilöstön yhteistyö. (Kvist 2008, 382.) Tähän opinnäytetyöhön valittiin aikaisempi versio, koska siinä tunne-elämän huomioiminen on selkeämmin esillä ja se vastaa muutenkin paremmin tehohoitopotilaan omaisten tarpeisiin. Mittarin kehittämisen haasteellisuuden vuoksi on tässä opinnäytetyössä valittu käytettäväksi jo valmiiksi laaditun mittarin osat. ILH-mittari on kehitetty Suomessa ja siltä osin opinnäytetyössä käytetty kirjallisuus on pääosin suomenkielistä.

Kyselyä muokattiin tehostetun valvonnan henkilökunnan toivomuksesta siten että, kyselystä jätettiin pois ne osiot, jotka vähiten vastasivat omaisten tarpeita. Lomakkeen pituuden kasvun on myös todettu lisäävän kadon määrää (Heikkilä 2008, 20). Tutkimusta varten anottiin tutkimuslupa ja lisäksi Mirja Mikkoselta pyydettiin lupa käyttää omaisille suunnattua mittaria tämän opinnäytetyön kyselyä varten. Mirja Mikkonen on käyttänyt omassa tutkielmassaan (2007) omaisille suunnattua ILH-mittarin versiota.

Tulosten osalta fyysisen hoitoympäristön arvioinnissa puutteelliseksi koettiin osaston ilmastointi, siten että 32% omaisista koki ilmastoinnin puutteelliseksi. Tähän on todennäköisesti vaikuttanut poikkeuksellisen kuuma kesä 2010, jolloin kyselyjä kerättiin. Kyselyiden kerääminen toisena vuodenaikana tuottaisi todennäköisesti eriävän tuloksen tältä osin.

## Lähteet

- Blomster, M., Mäkelä, M., Ritmala-Castren, M., Säämänen, J. & Varjus S.-L. 2001. Tehohoitotyö. Helsinki: Tammi.
- Chambers, C. & Ryder, E. 2009. Compassion and Caring in Nursing. New York: Radcliffe Publishing.
- Hakulinen, T., Koponen, P. & Paunonen, M. 1999. Perheen hoitotyöhön liittyvät käsitteet. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY, 28-32.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Johansson, I., Fridlund, B. & Hildingh, C. 2005. What is supportive when an adult next-of-kin is in critical care. Nursing in Critical care. Viitattu 4.2.2011. <<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=106&sid=c7e6ffa1-22f4-45aa-a523-a6c779e9143e%40sessionmgr112&vid=3&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2009061969>>
- Joronen, K. 2008. Perhehoitotyön toteutumista arvioivat mittarit - systemoitu katsaus. Hoitotiede 20 (6), 375.
- Karjalainen, L. 2007. SPSS- Perusteet. Mikkeli: Pii-Kirjat Ky.
- Koponen, L., Mattila, L.-R. & Häggman-Laitila, A. 2008. Perheenjäsenen tehohoito omaisen näkökulmasta - katsaus hoitotieteelliseen tutkimustietoon. Hoitotiede 20 (1), 3-13.
- Kvist, T. 2006. Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Hoitotiede 18 (3), 108-112.
- Kvist, T. 2008. Ihmisläheinen hoito -mittarin kehittäminen ja innovatiivinen käyttö. Hoitotiede 20 (6), 377-387.
- Käypähoito. 2009. viitattu 2.2.2011. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/naytaartikkeli/tunnus/kht00096>>
- Laakso, O. & Tohmo, H. 2009. Uudistuvaa anestesiatiötä Hus Hyvinkään sairaalassa. Finnanest 42 (1), 62-63.
- Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollila, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.
- Lehto, B. 1997. Omaisten saama tuki teho-osaston hoitohenkilökunnalta. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.
- Lislerud Smebye, K. 2006. Ihmissuhteet. Teoksessa Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F & Skaug, E.-A. (toim.) Hoitotyön perusteet. Helsinki: Edita. 286.
- Marin, M. 1999. Perhe ja sen muutos suomalaisessa kulttuurissa. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY. 43.



Mattila, K.-P. 2007. Arvostava kohtaaminen arjessa, auttamistyössä ja työyhteisössä. Juva: PS-kustannus.

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus.

Mikkonen, M. 2007. Saattohoidon laatu Terhokodissa omaisten arvioimana. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto.

Noppi, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Perhe hoitotyössä. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY, 14-16.

Poikkimäki, I. 2004. Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoidossa. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto.

Potinkara, H. 1995. Pelon kokemuksen tarkastelua kriittisesti sairaan potilaan läheisen näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto.

Potinkara, H. 2004. Auttava kanssakäyminen. Substantiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

Rantalainen, T., Nevalainen, P. & Miettinen M. 2006. Verkko-oppimisella virtaa tehohoidon perehdyttämiseen. Teoksessa Miettinen, M., Hopia, H, Koponen, L. & Wilskman, K. (toim.) Inhimillisten voimavarojen johtaminen. Hoitotyön vuosikirja. Jyväskylä: Gummerus, 142-144.

Takkunen, O., Ala-Kokko, T., Perttilä, J. & Ruokonen, E. 2002. Lukijalle. Teoksessa Takkunen, O., Ala-Kokko, T., Perttilä, J. & Ruokonen, E. (toim.) Tehohoito-opas. Jyväskylä: Gummerus, 5-7.

Takkunen, O. & Pettilä, V. 2006. Tehohoito tarpeen tunnistaminen ja potilasvalinta. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lingren, L., Olkkola, K. & Takkunen, O. (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Jyväskylä: Gummerus, 912-916.

Takkunen, O. 2006. Tehohoidon järjestely. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lingren, L., Olkkola, K. & Takkunen, O. (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Jyväskylä: Gummerus, 31-32.

Tedre, S. & Pöllänen, P. 1997. Hoivan herkäät alueet. Helsinki: Kirjayhtymä.

Tietoja omaisille. Viitattu 2.7.2009.

<<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,957,27795,27803,27887,10661,1880,26845>>

Tohmo, H., Kuosa, R. & Erkola, O. 2006. Anestesiologian ja tehohoidon osasto sairaalassa. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lingren, L., Olkkola, K. & Takkunen, O. (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Jyväskylä: Gummerus, 44.

Toiminnan kuvaus ja yleistä tietoa. Viitattu 2.7.2009.

<<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,957,27795,27803,27887,10661,1880,26841>>

Töyry, E. 1999. Ihmisläheinen hoito -mittarin kielteisesti ja myönteisesti ilmaistujen väittämien yhteys niihin vastaamiseen ja mittarin luotettavuuteen. *Hoitotiede* 11 (4), 164.

Töyry, E. 2001. Hoidon ihmisläheisyys erikoissairaanhoidossa. Mittarin kehittäminen ja käyttö. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Viljanen, K. 1999. Perhekeskeinen lastenneuvolatyö. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) *Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö*. Porvoo: WSOY, 290.

Wahlin, I, Ek, A & Idvall, E. 2009. Empowerment from the perspective of next of kin in intensive care. *Journal of Clinical Nursing*. Viitattu 4.2.2011. <<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=106&sid=c7e6ffa1-22f4-45aa-a523-a6c779e9143e%40sessionmgr112&vid=3&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2010366600>>

Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen E. 1999. Potilaan perhe omaisena sairaalassa. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) *Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö*. Porvoo: WSOY, 321-328.

Åstedt-Kurki, P. & Paunonen, M. 1999. Perhehoitotieteen tulevaisuuden näkymiä. *Hoitotiede* 11 (6), 340-345.

Åstedt-Kurki, P., Jussila, A.-L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. 2008. *Kohti perheen hyvää hoitamista*. Helsinki: WSOY.

Liitteet

Liite 1 Saatekirje

HYVINKÄÄN LAUREA AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali ja terveystieteiden yksikkö  
Hoitotyön koulutusohjelma

SAATE

Hyvä omainen

Olen sairaanhoitaja opiskelija Hyvinkään Laurea ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötä Ihmisläheisen hoidon toteutumisesta omaisten kokemana tehostetun valvonnan osastolla. Kysely perustuu Ihmisläheinen hoito- mittariin, joka on kehitetty Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Tutkimuksen toimeksiantaja on tehostetun valvonnan osasto, joka tahtoo selvittää omaisten tyytyväisyyttä hoitoon. Vastaamalla tähän kyselyyn voitte vaikuttaa osaston toiminnan kehittämiseen ja omaisten asemaan hoidossa. Vastaa kyselyyn itsenäisesti oman kokemuksesi mukaan. Vastauksenne on arvokas myös opinnäytetyöni onnistumiseksi. Tutkimusta varten on haettu tutkimusluvut ja tutkimus suoritetaan eettisiä periaatteita noudattaen.

Oheista kyselyä jaetaan kevään 2010 aikana omaisille, joiden läheinen on ollut hoidettavana tehostetun valvonnan osastolla. Vastaukset palautetaan osastolta lähtiessä lukittuun postilaatikkoon, josta noudan ne tutkimuksen tekoa varten. Vastauksenne on tärkeä ja se käsitellään nimettömänä ja luottamuksellisenä.

Mikäli tahdotte lisätietoja tutkimuksesta, voitte ottaa yhteyttä.

Kiitos!

Sairaanhoitajaopiskelija  
Satu Kuitunen  
puh. 0440850850

Osastonhoitaja  
Kirsi Mikkonen  
puh. 019-45872230

Opettaja  
Päivi Laine  
paivi.laine@laurea.fi

## Liite 2 Kysely

### TAUSTAMUUTTUJA

Rengasta sopivin vaihtoehto tai täydennä puutuvat kohdat

1 Omaisen ikä \_\_\_\_\_ vuotta

2 Omaisen sukupuoli

2.1 Mies

2.2 Nainen

3 Omaisen suhde läheiseen

3.1 Puoliso

3.2 Lapsi

3.3 Vanhempi

3.4 Joku muu läheinen

Potilasta koskevat tiedot

4 Potilaan ikä \_\_\_\_\_ vuotta

5 Potilaan sukupuoli

5.1 Mies

5.2 Nainen

6 Hoidon kesto

6.1 2 vrk

6.2 3 vrk

6.3 4vrk

6.4 Enemmän kuin 4 vrk

7 Potilaan tila vastaus hetkellä

7.1 Puhuu itse

7.2 Sekava

7.3 Ei kommunikoi

8 Potilaan vierellä vietetty aika

8.1 Koko ajan

8.2 Useamman kerran päivässä

8.3 Kerran päivässä

8.4 Harvemmin

## VÄITTÄMÄ

täysin  
samaa  
mieltäosittain  
samaa  
mieltäosittain  
eri  
mieltäTäysin  
eri  
mieltäEn osaa  
sanoa

## 9 TIEDON SAAMINEN JA OSALLISTUMINEN HOITOON

9.1. Tehostetun valvonnan osastolla oli helppoa olla omaisena	1	2	3	4	5
9.2. Tiesin, että tarvitessani saan neuvoja tai apua, voin soittaa tai tulla käymään tehostetun valvonnan osastolla	1	2	3	4	5
9.3. Sain halutessani osallistua potilaan hoitoon	1	2	3	4	5
9.4. Sain halutessani olla läsnä hoidossa	1	2	3	4	5
9.5. Päätökseni osallistua/olla osallistumatta hoitoon sai tukea hoitajilta	1	2	3	4	5
9.6. Arvioni läheiseni hoidontarpeista otettiin huomioon	1	2	3	4	5
9.7. Pystyin vaikuttamaan läheiseni hoitoa koskeviin päätöksiin	1	2	3	4	5
9.8. Sain tietoa potilaan hoidosta riittävästi lääkäreiltä					

1 kyllä

2 ei, perustelut

9.9. Sain tietoa potilaan hoidosta riittävästi hoitajilta

1 kyllä

2 ei, perustelut

## 10 YKSITYISYYS JA ARVOSTUS

10.1. Minua arvostettiin	1	2	3	4	5
10.2. Minut hyväksyttiin omana itsenäni	1	2	3	4	5
10.3. Hoitajilla oli minulle riittävästi aikaa	1	2	3	4	5
10.4. Asioihini paneuduttiin	1	2	3	4	5
10.5. Voin puhua luottamuksellisesti hoitajille asioistani	1	2	3	4	5
10.6. Sain halutessani olla omassa rauhassani	1	2	3	4	5

	täysin samaa mieltä	osittain samaa mieltä	osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
VASTAA MITEN AJATTELET POTILAAN KOKEVAN					
10.7. Potilasta arvostettiin	1	2	3	4	5
10.8. Potilas hyväksyttiin omana itsenään	1	2	3	4	5
10.9. Hoitajilla oli potilaalle riittävästi aikaa	1	2	3	4	5
10.10. Potilaan asioihin paneuduttiin	1	2	3	4	5
10.11. Potilas voi puhua luottamuksellisesti hoitajille asioistaan	1	2	3	4	5
10.12. Potilas sai olla halutessaan omassa rauhassaan	1	2	3	4	5

## 11 TUNNE-ELÄMÄN HUOMIOIMINEN

11.1. Olin tervetullut tehostetun valvonnan osastolle	1	2	3	4	5
11.2. Koin oloni turvalliseksi osastolla	1	2	3	4	5
11.3. Sain apua tarvittaessa	1	2	3	4	5
11.4. Luonani oltiin riittävästi	1	2	3	4	5
11.5. Minua kohdeltiin ystävällisesti	1	2	3	4	5
11.6. Minua kohdeltiin kärsivällisesti	1	2	3	4	5
11.7. Minua kohdeltiin asiallisesti	1	2	3	4	5
11.8. Koin riittävästi huolenpitoa	1	2	3	4	5
11.9. Hengelliset tarpeeni otettiin huomioon	1	2	3	4	5

## VASTAA MITEN AJATTELET POTILAAN KOKEVAN

11.10. Potilas oli tervetullut tehostetun valvonnan osastolle	1	2	3	4	5
11.11. Potilas koki olonsa turvalliseksi	1	2	3	4	5
11.12. Potilas sai apua tarvittaessa	1	2	3	4	5
11.13. Potilaan luona oltiin riittävästi	1	2	3	4	5
11.14. Potilasta kohdeltiin ystävällisesti	1	2	3	4	5
11.15. Potilasta kohdeltiin kärsivällisesti	1	2	3	4	5
11.16. Potilasta kohdeltiin asiallisesti	1	2	3	4	5
11.17. Potilaan hoitoon sisältyi riittävästi huolenpitoa	1	2	3	4	5
11.18. Potilaan hengelliset tarpeet otettiin huomioon	1	2	3	4	5

